

DEMANDE D'EXAMEN D'IMAGERIE



Identité/Coordonnées et Spécialité du
médecin demandeur :

Date :

Le médecin demandeur est le médecin traitant : oui non

Si non, coordonnées du médecin traitant :

PATIENT(E) :

NOM : Prénom :

NOM de Jeune Fille :

Date de Naissance : Sexe : M F

Grossesse : oui

Allaitement : oui

MOTIF DE LA DEMANDE : (résumé du problème clinique)

EXAMEN DEMANDE : (type et localisation de l'examen demandé ; Si demande d'un scanner ou IRM, compléter également le cadre correspondant situé au dos)

ANTECEDENTS :

SI DEMANDE D'UN SCANNER (QUESTIONNAIRE AVANT INJECTION D'UN PRODUIT DE CONTRASTE IODE) :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Diabète | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Episode récent de fièvre, diarrhée ou vomissements | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Traitement par AINS, IEC, ARA II, Diurétiques, β-bloquants, biguanides | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Injection récente de produit de contraste (< 3 jours) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Allergie au produit de contraste iodé (réaction lors d'une précédente injection) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Avant l'injection de produit de contraste iodé et après, il est particulièrement conseillé au patient une bonne hydratation avec de l'eau riche en sodium et en bicarbonates (ex : vichy 2litres 24H avant et après l'injection)

SI DEMANDE D'UNE IRM :

- | | | |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
|----------------------------|------------------------------|------------------------------|

CONTRE -INDICATIONS

- | | |
|--|--------------------------|
| Implant électronique
(Stimulateur cardiaque, Défibrillateur implanté, Implant cochléaire, Stimulateur médullaire, pompe à insuline...) | <input type="checkbox"/> |
| Corps étranger métallique intra-oculaire | <input type="checkbox"/> |
| Claustrophobie sévère | <input type="checkbox"/> |

PRECAUTIONS

- | | |
|---|--------------------------|
| Valve cardiaque
Demandez au patient d'apporter la carte
Précisez le type et l'année d'implantation : | <input type="checkbox"/> |
| Obésité majeure | <input type="checkbox"/> |
| Autre corps étranger métallique | <input type="checkbox"/> |